

ОДОНТОГЕННЫЕ ОЧАГОВООБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (Врачебная тактика)

Г. Д. Овруцкий

*Кафедра терапевтической стоматологии (зав. — проф. Г. Д. Овруцкий) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Патогенная роль зубных очагов инфекции в возникновении весьма широкого круга заболеваний различной локализации общепризнана. В соответствии с современными представлениями зубной очаг рассматривается как источник гетеро- (микробной, лекарственной) и аутосенсibilизации организма. Реализация патогенного действия зубного очага в немалой степени связана и с его угнетающим влиянием на неспецифическую сопротивляемость организма.

Из большого числа терминов, используемых для обозначения очагового процесса, практически можно ограничиться двумя: «очаг» (с указанием его локализации) и «очаговообусловленные заболевания» (должен быть уточнен диагноз). Очаг — это локализованное хроническое воспаление, в том числе подвергшееся медикаментозному воздействию, способное вызвать или обусловить патологическую реакцию организма или поражение различных органов и тканей. К очаговообусловленным заболеваниям относят заболевания внутренних и других органов, а также патологические реакции организма, происхождение которых связано с локализованным очагом. В ряду очагов сенсibilизации полости рта основное место (если исключить тонзиллит) занимают зубной очаг (верхушечный периодонтит, хронический пульпит) и пародонтальный очаг. Неосложненный кариес зубов нет оснований рассматривать как очаг.

К очагам полости рта можно, несомненно, отнести и неудаленные околокорневые гранулемы, хронический остеомиелит челюсти, осложненные хроническим воспалением ретинированные, полуретинированные и сверхкомплектные зубы, хронические воспалительные процессы слюнных желез, одонтогенный и риногенный гайморит, одонтогенную подкожную гранулему, воспаление язычной миндалины и др.

О подлинной зависимости от очага, в частности зубного, по-видимому, можно говорить лишь при развитии инфекционно-аллергических заболеваний стрептококковой и, вероятно, аутоаллергической природы, а также при формировании аллергических реакций на некоторые лекарственные вещества. Что касается развития и течения определенного ряда заболеваний, которые также связывают с зубным очагом, то здесь, по-видимому, следует думать не о прямом, а о косвенном действии очага, всегда оказывающего неблагоприятное влияние на состояние неспецифической резистентности организма.

Для очаговообусловленных заболеваний характерно несоответствие субъективных симптомов и объективно регистрируемых нарушений. Известно, что развитию очаговообусловленных заболеваний способствуют переутомление, переохлаждение, голодание, травмы, эмоциональные потрясения. Развитию очаговообусловленной патологии и активизации зубного очага может содействовать вирусный грипп, как и другие острые инфекционные заболевания, изменяющие иммунологическое состояние организма.

Мы выделяем 4 группы заболеваний, связанных с зубным очагом. 1-я — инфекционно-аллергические заболевания стрептококковой природы; 2-я — аутоаллергические заболевания; 3-я — заболевания, обусловленные сенсibilизацией лекарственными веществами; 4-я — заболевания, связанные с угнетением неспецифической резистентности организма, обусловленные действием очага.

К инфекционно-аллергическим заболеваниям стрептококковой этиологии, связанным с зубным очагом (1-я группа), наряду с хроническим сепсисом, относятся подострый септический эндокардит, неспецифический миокардит, васкулиты, нефрит, заболевания глаз, кожи и др. Перечисленные заболевания и состояния, обусловленные очагом, обычно развиваются очень медленно.

Из заболеваний аутоаллергической природы, связанных с очагом (2-я группа), следует иметь в виду так называемые большие коллагенозы — истинный ревматизм (болезнь Буйо — Сокольского), дерматомиозит, диссеминированную красную волчанку, склеродермию, ревматоидный артрит, узелковый периартериит и др. Своеобразие очаговообусловленных заболеваний, в основе которых лежит аутоаллергический компонент, в том, что аутоиммунные реакции могут приобретать самостоятельное значение, а очаг, явившийся непосредственной причиной заболевания, в значительной мере утрачивает свою роль.

Лекарственные аллергические реакции, связанные с лечением зубного очага (3-я группа заболеваний), проявляются в виде васкулита и эритем, уртикарий, капилляри-

тов, флебитов, тромбофлебитов, лимфангоитов. Встречаются конъюнктивиты, риниты, экзематозные и зудящие дерматиты, бронхиты, приступы бронхиальной астмы, артралгии, гипотонии, поражения системы крови (геморрагические диатезы, анемия, лейкоэмбридные реакции, лейкоцитоз, лейкопения и др.).

Перечень патологий, связанной со свойством зубного очага оказывать угнетающее действие на состояние неспецифической резистентности организма (4-я группа), мог бы оказаться в некотором смысле безграничным. При этом следует иметь в виду влияние очага на течение острых и развитие хронических заболеваний легких, на затяжное течение и развитие осложнений болезней сердца, желудочно-кишечного тракта, нервной системы, кожи и слизистых оболочек, печени, системы крови и гипертонической болезни. Связанное с зубным очагом понижение иммунного тонуса организма обуславливает затяжное и осложненное течение острых инфекционных заболеваний бактериальной, кокковой и вирусной природы.

Об очаговообусловленной природе заболевания, независимо от локализации патологического процесса, позволяет думать длительность течения заболевания, его торпидность, склонность к частым рецидивам, нерезко выраженным гипертермиям. На первый план выступают жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, усиленную потливость, а также на сердцебиение, боль в области сердца, головные боли, раздражительность, дрожание рук и т. п. Больные указывают на то, что даже незначительное волнение вызывает у них боль и чувство сдавливания в области сердца. Такие больные чувствительны к метеофакторам и подвержены простудным заболеваниям.

Особую группу составляют очаговообусловленные заболевания, характеризующиеся микросимптомами. Весьма часто в их основе лежат аллергические реакции замедленного типа, связанные с внутризубными депо медикамента.

Сложность выявления зубного очага связана с его весьма скудной клинической симптоматикой, довольно часто остающейся незамеченной самим больным, а нередко и врачом. Прежде всего необходимо обращать внимание на собственно зубной очаг, т. е. на неслучайные или леченные околоверхушечные заболевания, хронические формы пульпита. Затем оценивают состояние лунки зуба. Если зуб удален, следует иметь в виду и возможность выявления инородного тела в виде костных стенок лунки, остатков корней зубов, грануляционной ткани либо кистозной оболочки, связанных с околоверхушечным процессом. Последовательно обследуют вероятные пародонтальные очаги, очаги воспалительной деструкции, обусловленные ретинированными и полуретинированными зубами, в частности непрорезавшимися зубами мудрости. Наконец, определяют состояние придаточных пазух, язычной и глоточных миндалин.

Клиника околоверхушечных заболеваний небогата симптомами, однако их диагностика обычно не затруднена.

При рентгенографической оценке зубного очага, уже подвергшегося лечению, важно убедиться, что все корневые каналы зубов запломбированы на всем протяжении. Когда оценивается качество пломбирования корневых каналов зубов у детей и юношей, необходимо удостовериться в том, что пломбировочный препарат заполнил и крупные разветвления корневого канала.

Не менее важно выяснить, чем заполнен корневой канал зуба. В частности, это касается больных, у которых накожные и внутрикожные пробы, а также серологические реакции свидетельствуют о сенсибилизации организма медикаментами. Обнаружить источник алергизации у таких больных бывает очень сложно. В тех случаях, когда источник сенсибилизации кроется в зубе, особенно в полости зуба, его выявление, доступное лишь врачу-стоматологу, достижимо только путем эндоканального исследования зуба.

Зубной очаг может быть связан с некротизированной путем девитализации корневой пульпой и с остатками воспаленной пульпы, подвергшейся консервативному либо витальному ампутиационному лечению. Выявление таких зубов облегчают данные анамнеза о нерезко выраженных болях при перепадах температур, а также болезненность при зондировании корневых каналов, термометрия и электрометрия, которые обнаруживают резкое повышение порога болевой чувствительности, не превышающее, однако, 60—70 мкА.

Следует интересоваться и уже удаленными зубами. Прежде всего надо выяснить, когда был удален зуб. Если речь идет об относительно недавно удаленном зубе, обследование больного может выявить признаки последствий уже удаленного очага. Определенное значение может иметь реакция больного на удаление зуба. У больных с очаговообусловленной патологией даже после малотравматичного вмешательства экстракционная рана может реагировать нерезким воспалением, а ее заживление затягивается на длительное время. Нередко удаление зуба при очаговообусловленной патологии вызывает реакцию в виде обострения пораженного органа с выраженной общей реакцией, в частности сопровождающейся гипертермией. Рентгенография в таких случаях обнаруживает rareфикацию костной ткани лунки либо костные секвестры и остатки корня зуба.

Клиническое выявление зубного очага в полости рта сочетается с оценкой его так называемого очагового действия. Для этой цели существует немало самых разнообразных проб. Известные тесты могут быть условно разделены на 5 групп. К 1-й

группе мы относим показатели, позволяющие оценить состояние аллергической реактивности организма, ко 2-й — весьма информативные тесты, отражающие всегда измененную при очаговообусловленных заболеваниях капиллярную сеть, к 3-й — показатели, характеризующие лабильные при очаговообусловленной патологии вегето-невротические реакции, к 4-й — показатели состояния неспецифической резистентности организма, к 5-й — главным образом провокационные и исключающие тесты, позволяющие в определенной мере составить суждение о связи реального очаговообусловленного заболевания с исследуемым зубным очагом.

Непременным условием лечения очаговообусловленных заболеваний, несомненно, является устранение зубного очага. В равной мере должны быть ликвидированы и все очаги другой локализации.

Путь устранения очага зависит главным образом от нозологической принадлежности заболевания, определяющего патологическую сущность зубного очага. В тех случаях, когда зубной очаг представляет собой хроническое воспаление пульпы, его удаление достижимо путем экстирпации пульпы.

Ампутационное лечение пульпита как зубного очага не может быть рекомендовано в силу того, что корневая пульпа после ампутации коронковой пульпы может превратиться в источник аутоенсибилизации [5]. Не может быть речи и о консервативном лечении хронического фиброзного пульпита как зубного очага.

Устранение зубного очага в виде хронического околоверхушечного процесса обычно ассоциируется с удалением зуба. Это может быть объяснено тем, что до последнего времени при выявлении зубного очага прибегали к удалению зуба. В определенной мере такой подход был принят по аналогии с тем, как это делается при выявлении тонзиллярного очага. При этом упускалось из виду, что известные методы консервативного лечения хронического тонзиллита признаны несостоятельными.

Хорошо известно, что консервативное лечение хронического верхушечного периодонтита весьма эффективно. Вместе с тем нельзя не обратить внимания на достаточно большую частоту безуспешного хирургического устранения околоверхушечного очага хронического воспаления. Более того, для части лиц с очаговообусловленной патологией хирургическое удаление зубного очага чревато осложнениями, нередко роковыми. Несмотря на это, большинство специалистов рассматривают хирургическое удаление зуба, пораженного верхушечным периодонтитом, в качестве единственно возможного пути устранения зубного очага.

В то же время врачи в основном единодушны во мнении, что для ликвидации очага у верхушки корня зуба прибегать к его реплантации недопустимо. Сдержанно-го отношения заслуживает и операция резекции верхушки корня как способ устранения околоверхушечного очага.

Накопленные к настоящему времени данные свидетельствуют о возможности устранения неоперативным путем зубного очага как источника стрептококковой сенсибилизации и угнетения неспецифической резистентности организма [1а, б, 2, 3а, б, 4].

Таким образом, устранение зубного очага достижимо как путем консервативного лечения околоверхушечных заболеваний, так и посредством удаления зуба. Выбор метода устранения зубного очага зависит от ряда моментов. В частности, при этом наряду с топографо-анатомическими особенностями корня зуба следует учитывать состояние зубного ложа, степень и характер аллергической чувствительности организма, состояние его неспецифической резистентности, особенности течения очаговообусловленного заболевания, состояние больного в данный момент.

Консервативное лечение верхушечного периодонтита считается полноценным в тех случаях, когда излеченный зуб нормально функционирует, больной не предъявляет каких-либо жалоб, корневой канал (каналы) зуба заполнены на всем протяжении, а повторные рентгенограммы обнаруживают признаки восстановления околоверхушечной костной ткани. При этом важно повторное исследование больного для установления десенсибилизирующего эффекта лечения, его благоприятного влияния на состояние неспецифической резистентности организма и проницаемость капилляров. Такие изменения обычно можно обнаружить 4—10 нед спустя после завершения лечения зуба (зубов).

Если зубной очаг является источником лекарственной сенсибилизации организма, то его также можно устранить, не прибегая к удалению зуба. Так, если речь идет о пломбе из амальгамы или акриловой пластмассы, то она непременно должна быть удалена, после чего иссекают твердые ткани, соприкасавшиеся с пломбой. Технически более сложно устранение депо аллергена из просвета корневого канала. Если медикаментозные пасты извлекаются из корневых каналов относительно легко, то удаление затвердевшей корневой пломбы связано с большими трудностями. После удаления корневой пломбы требуется многократное повторное промывание стенок корневого канала, аспирация содержимого канала с помощью шприца или вакуума, а также значительное расширение корневого канала с помощью эндоканальных инструментов. Затем в корневой канал вводят белую глину или любой другой адсорбент. Окончательное пломбирование корневого канала возможно только после исчезновения признаков аллергического поражения и, разумеется, при отрицательных результатах кожных реакций на соответствующий аллерген. Для пломбирования корневых каналов в таких случаях следует применять лишь препараты, не вызывающие сенсибилизацию

организма (жидкий фосфат-цемент, цебанит, пасты на основе гидроокиси кальция). Если из корневого канала не удастся полностью извлечь аллерген (препарат, которым заполнена полость зуба), прибегают к удалению зуба.

Удалению подлежат зубы и во всех тех случаях верхушечного периодонтита, когда консервативное лечение в силу анатомо-топографических особенностей или иммунобиологического состояния больных оказывается невозможным либо нецелесообразным. В случаях необходимости удаления зуба при ухудшении течения очаговообусловленного процесса очень важно, прежде чем приступить к вмешательству, всеми возможными путями добиться хотя бы относительной ремиссии в течении очаговообусловленного заболевания. Следует стремиться к максимальной атравматичности и кратковременности вмешательства. Вместе с тем совершенно необходимо полностью извлечь оставшуюся в лунке удаленных зубов оболочку гранулемы или грануляционную ткань.

Следует иметь в виду, что при очаговообусловленном заболевании организм ослаблен. Поэтому даже совершенное в техническом отношении лечение зуба должно дополняться применением препаратов, оказывающих благоприятное влияние на состояние неспецифической сопротивляемости организма. Мы в таких случаях предпочитаем назначать оротат калия (0,5 г 3 раза в день), который наряду с действием, стимулирующим обменные процессы, весьма полезен при висцеральной патологии, в частности патологии сердечной мышцы. При этом можно рассчитывать на ускорение репаративных процессов в пораженных околоверхушечных тканях. В тех случаях, когда избирают хирургический путь устранения зубного очага, необходимо за сутки до назначенного срока вмешательства начать введение антибиотиков в дозе от 1 до 3 млн. ЕД и продолжать его, в зависимости от характера заболевания и состояния больного, в течение последующих 5—7 дней. Кроме того, перед удалением зубов целесообразно введение десенсибилизирующих препаратов.

Рациональный подход должен предусматривать ликвидацию всех очагов, причем важна последовательность устранения очагов различной локализации. В тех случаях, когда выявлены только зубные и пародонтальные очаги, следует начинать с лечения тех очагов, которые предполагается устранить консервативно. Затем производят удаление соответствующих зубов и корней зубов.

При множественности очагов, в том числе и зубных, предложено несколько схем. Все они предусматривают первоначальную ликвидацию зубных и пародонтальных очагов. Сперва устраняют зубные очаги, затем тонзиллярные, после чего проводят вмешательства на придаточных пазухах носа и на отогенных очагах. Такой последовательности отдают предпочтение и интернисты, считающие, что удаление относительно легко выявляемых и плохо дренируемых очагов (зубных, тонзиллярных, отогенных) может способствовать затуханию воспалительного процесса в желчном пузыре, в мочевыводящих путях, бронхах, пораженных венах и др.

Оценка эффективности устранения зубного очага может быть произведена лишь спустя 3—6 мес. Некоторые авторы считают, что эффект устранения очага может проявиться лишь спустя 1—2 года. Разочарование ожидает тех врачей, которые предполагают, что устранение зубного очага (подразумевается: всех выявленных очагов) равнозначно излечению. Устранение зубного или другого очага является одним из непременных условий излечения очаговообусловленного заболевания. Оно оказывает далеко не одинаковое влияние на течение и исход различных очаговообусловленных и других заболеваний. Несмотря на это, лечение каждого больного должно включать устранение зубного очага как непременный компонент лечения. Во всех случаях и при любых условиях зубной очаг отягощает течение различных заболеваний и оказывает угнетающее влияние на сопротивляемость организма.

В процессе диспансерного наблюдения врач должен убедиться в том, что вероятные очаги надежно устранены, а измененные показатели общего состояния организма нормализованы. Удаление зубного очага всегда должно расцениваться как профилактика очаговообусловленных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алтухова М. Е. а) Иммунобиологические сдвиги крови у больных ревматизмом и практически здоровых людей в процессе санации полости рта. Автореф. канд. дисс. Волгоград, 1973; б) Стоматология, 1979, 1. — 2. Ковязина С. В. В кн.: Карлес зуба и иммунобиологическое состояние организма. Казань, 1979. — 3. Овруцкий Г. Д. а) Там же; б) Казанский мед. ж., 1975, 5. — 4. Хитров В. Ю. Некоторые показатели функционального состояния вегетативной нервной системы при кариесе зубов и его осложнениях. Автореф. канд. дисс. Казань, 1973. — 5. Ярыгина О. Р. Олова Г. Д. Изучение участия аллергического компонента в патогенезе хронического верхушечного периодонтита. Автореф. канд. дисс. Казань, 1973.

Поступила 30 сентября 1980 г.